Suff. 60423/B

Digitized by the Internet Archive
in 2016 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b28746831

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 23 *juillet* 1839,

Par U. ROBIN, de La Vieuville

(Ille-et-Vilaine).

I. — Quelle est la valeur des signes fournis par l'état des dents?
II. — De la péritonite congénitale et accidentelle chez les nouveau-nés.
III. — Des articulations qui sont privées de membranes synoviales.
IV. — Comment reconnaître si l'eau de fleurs d'oranger contient de l'acide acétique ou de l'acétate de cuivre?

(Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.)

PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX,
IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
Rue des Francs-Bourgeois-Saint-Michel, 8.

1839

348751

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	BRESCHET.
Physiologie	BÉRARD (aîné).
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et Chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. .....
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER, Examinateur.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. BOUILLAUD. CHOMEL. ROSTAN, Président.
Clinique chirurgicale	JULES CLOQUET. SANSON (aîné). ROUX. VELPEAU.
Clinique d'accouchements	DUBOIS (PAUL).

Agrégés en exercice.

MM. BAUDRIMONT.	MM. LARREY.
BOUCHARDAT.	LEGROUX.
BUSSY, Examinateur.	LENOIR, Examinateur.
CAPITAINE.	MALGAIGNE.
CAZENAVE.	MÉNIÈRE.
CHASSAIGNAC.	MICHON.
DANYAU.	MONOD.
DUBOIS (FRÉDÉRIC).	ROBERT.
GOURAUD.	RUFZ.
GUILLOT.	SÉDILLOT.
HUGUIER.	VIDAL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR.

A LA MÉMOIRE

DE MA MÈRE.

U. ROBIN.

QUESTIONS

SUR

DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

I.

Quelle est la valeur des signes fournis par l'état des dents?

Avant leur sortie des alvéoles, les dents donnent déjà des signes importants à connaître.

Tout le monde sait, en effet, que l'odontocie, chez les enfants, ne se fait pas toujours sans accidents, que cette époque de leur vie est souvent critique. Chez les enfants forts, robustes, d'une sensibilité moyenne, à qui l'on a fait observer un régime régulier, la sortie des premières dents ne s'accompagne d'aucun symptôme alarmant; elle se manifeste seulement par une chaleur des gencives, une salivation plus abondante, par une titillation faiblement douloureuse, qui engage l'enfant à porter ses doigts à la bouche, et tout ce qui lui tombe sous la main; il presse fortement le mamelon de sa nourrice, et tette avec avidité; le nez est souvent le siége d'un prurit que l'enfant témoigne en se grattant par intervalles; une rougeur plus ou moins vive apparaît aussi de temps à autre aux pommettes; il survient des déjections alvines modérées, et une augmentation dans la sécrétion de l'urine. Les mouvements de l'enfant sont brusques; il marque de l'impatience; peu de chose le contrarie et le fait pleurer; son sommeil est agité, il se réveille en sursaut.

Les symptômes augmentent un peu d'intensité lorsque la dent est sur le point d'apparaître. Les gencives sont le siége d'un gonflement douloureux : elles sont rouges, luisantes; le bord circulaire qui doit livrer passage à la dent est aplati.

Ce tableau de symptômes, qui n'a rien d'alarmant, n'est pas le même quand l'odontocie est difficile. Dans ce dernier cas, l'enfant devient criard, s'agite, perd le sommeil; il prend et laisse aussitôt le sein de sa nourrice; il a des renvois acides, les digestions se dépravent; il vomit avec une extrême facilité un lait mal digéré, ou bien il le rend par des selles vertes ou jaunâtres, verdissant au contact de l'air, sur les langes qui les contiennent; la constipation est encore plus à craindre. Les symptômes locaux sont plus intenses: la muqueuse buccale se recouvre d'aphthes, les glandes salivaires s'engorgent, la face se tuméfie; on voit quelquefois survenir la paralysie des membres inférieurs; des frissons, de la prostration, de la fièvre, se déclarent; et si l'on n'apporte un prompt soulagement, les convulsions et la mort terminent malheureusement cette scène douloureuse. D'autres accidents sympathiques peuvent encore exister, tels que les ophthalmies, les inflammations des membranes muqueuses de la respiration ou de la digestion, enfin plusieurs éruptions cutanées.

Il est facile de comprendre, d'après cet examen, l'importance des signes que peut acquérir le médecin dans cette circonstance. La non-éruption des dents à une époque où elle doit se faire, le gonflement douloureux des gencives, l'aplatissement de leur bord, la rougeur, la chaleur, etc., lui feront attribuer les symptômes existants à leur véritable cause, à une dentition prochaine, ainsi que le prurit du nez et la rougeur alternative des joues, que l'on attribue trop souvent à la présence de vers intestinaux. Une fois éclairé sur la nature de la maladie, le médecin est dans la bonne voie, il ne peut se tromper sur ses moyens d'hygiène et de thérapeutique.

Si la première dentition s'accompagne souvent d'accidents graves, il n'en est pas de même pour les dents de remplacement, qui, chez la plupart des sujets, sortent sans occasionner la moindre douleur. Quel-

ques-unes, pourtant, peuvent être gênées dans leur développement, ou se développer d'une manière vicieuse, et occasionner des phénomènes excessivement fâcheux : telle est, par exemple, la sortie des dents de sagesse, et particulièrement des inférieures. M. Toirac, dans un mémoire qu'il a publié sur les déviations de la dernière molaire de la mâchoire inférieure, et sur les accidents qui peuvent accompagner sa sortie, rapporte quelques observations à lui personnelles, observations propres à jeter quelque jour sur la question qui nous occupe.

La personne qui fait le sujet de sa première observation était depuis quinze mois en proie à une douleur des plus vives, qui avait commencé à l'angle de la mâchoire, et avait fini par s'étendre à toutes les dents du même côté. La maladie, prise pour un rhumatisme, fut traitée en conséquence. On commença par le traitement antiphlogistique : diète, sangsues, cataplasmes, bains, boissons adoucissantes, furent inutilement employés ; puis on eut recours aux frictions sèches, alcalines, opiacées, aux bains de vapeur, aux vésicatoires, au séton même, sans modérer l'intensité de la douleur. Le sulfate de quinine, les pilules de Méglin, l'acupuncture, et une foule d'autres moyens, n'eurent pas plus de succès. La malade fut envoyée aux eaux. A son retour à Paris, elle fut conduite devant M. Toirac, qui put constater l'état suivant. La face était pâle et tirée, la maigreur du corps extrême, l'appétit nul ; depuis plus d'un an, elle dormait à peine ; la nuit, elle poussait des soupirs et sanglottait. Quoique les dents et les gencives fussent belles, ce chirurgien dirigea son examen du côté de la bouche, incisa la gencive, et acquit bientôt la certitude, au moyen d'un stylet, qu'une dent de sagesse arc-boutait contre l'avant-dernière molaire, et produisait tous les accidents. L'avulsion de cette dernière fut pratiquée, et la malade guérit.

Dans la deuxième observation, la dent avait poussé de dehors en dedans, sur la partie carrée de l'os maxillaire, à six lignes de l'ouverture postérieure du canal dentaire. Recouverte par une portion flottante de la gencive, et par un morceau de tartre, sa situation la rendait fort difficile à apercevoir. La base de la langue, excoriée par le frottement continuel de

la dent. était le siége d'une ulcération douloureuse qui rendait la mastication pénible, et qu'un praticien distingué de la capitale avait traitée comme syphilitique, sans obtenir autre résultat qu'une stomatite mercurielle intense. Cette ulcération disparut d'elle-même par l'avulsion de la dent.

Dans sa troisième observation, c'est une fluxion de plusieurs mois, ayant résisté aux moyens ordinaires, et produite par une dent de sagesse qui poussait de dedans en dehors, et allait se loger dans l'épaisseur de la joue : même opération, même résultat.

Dans sa quatrième observation, c'est encore une fluxion, mais une fluxion des plus graves, et produite par un autre genre de déviation : la dent était arrêtée sous la base de l'apophyse coronoïde ; la tuméfaction s'étendait depuis les paupières, qui étaient infiltrées, jusqu'à la clavicule ; le cou, parsemé de cicatrices, était encore le siége de deux fistules, dont l'une, située à trois pouces de l'angle de la mâchoire, laissait pénétrer un stylet sur un os dénudé que l'on supposa être la racine de la dent. Depuis vingt mois, le malade ne pouvait ouvrir la bouche : il se nourrissait de bouillons et de légers potages qui passaient par une ouverture résultant de l'absence d'une petite molaire supérieure. Une diarrhée colliquative abondante, précédée de coliques atroces, l'avait conduit au marasme le plus complet. Des tentatives infructueuses avaient été faites par plusieurs praticiens dans le but d'écarter les mâchoires, qui cédèrent à l'emploi d'un petit morceau de bois taillé en bec de flûte, et de tranches de liége. Par ce moyen, des instruments pouvant être introduits dans la bouche, la dent fut extraite, et le malade ramené à la santé.

Dans sa cinquième observation, la dent poussait sous un bourrelet de la gencive. Ce bourrelet, d'une couleur violacée, légèrement ulcéré, était fort douloureux, et recouvrait en partie la dent. Des fluxions fréquentes étaient le résultat de cette anomalie.

Enfin, dans sa sixième observation, une amygdalite chronique est entretenue par la sortie difficile d'une dent de sagesse. Dans ces deux

derniers cas, l'incision ou l'excision des chairs produisit un prompt soulagement.

Dans toutes ces observations, les accidents s'expliquent d'eux-mêmes par l'irritation continuelle que déterminait, dans les parties voisines, la direction vicieuse de la dent, ou l'obstacle qu'elle éprouvait à sortir de son alvéole. Nous avons vu, en effet, que le seul traitement efficace avait été l'avulsion de la dent, l'incision ou l'excision de la gencive, sans lequel la santé et la vie même des malades était compromise. Il était donc de la plus grande nécessité de diriger un examen attentif et minutieux du côté de la bouche, pour apprécier la véritable cause de la maladie: or, qu'est-ce qui pouvait la faire apprécier, sinon les dents, leur mauvaise situation, leur sortie difficile?

Une fois développées, les dents, à l'état physiologique, ne sont pas les mêmes chez tous les individus. Cette différence porte spécialement sur leur couleur, leur forme et leur structure. Tantôt elles sont d'un blanc mat ou grisâtre, d'un blanc bleuâtre; tantôt d'un blanc jaune plus ou moins foncé, ou d'un jaune prononcé; tantôt elles sont courtes, tantôt longues et pointues; tantôt la couronne en est mince et plus ou moins tendre sous la lime; on les voit quelquefois s'user par la mastication avec une grande facilité.

Connaissant l'aspect varié qu'offrent les dents aux yeux de l'observateur, ne serait-il pas possible de rapporter tels ou tels signes à telles constitutions, à tels tempéraments.

Si l'on considère les dents sur chaque individu, on pourra, par une longue observation, arriver à cette conclusion (1):

Que les dents d'un blanc de lait tirant sur le bleu appartiennent à une constitution molle, délicate, des muscles faibles, quelquefois volumineux; la gélatine et l'albumine semblent prédominer. Ces individus sont sujets aux fièvres, aux affections muqueuses, aux scrofules, aux hydropisies.

---

(1) Toirac, *Dissertation sur les dents.*

Ces espèces de dents prennent plus tard une couleur gris-bleuâtre: elles se chargent facilement de tartre sans consistance, et sont condamnées à une carie hâtive qui occasionne d'abord une grande douleur, des fluxions fréquentes; puis elles se détruisent sans aucune souffrance. Remarquons, en passant, que ces dents qui ont la plus grande ressemblance, pour la couleur, avec les dents de lait, sont, comme elles, condamnées à une durée tout à fait éphémère.

Les dents d'un jaune clair ornent la bouche des sanguins : elles sont généralement épaisses, assez courtes, et offrent une consistance moyenne, plus grande néanmoins que celle des précédentes. La carie qui les attaque est presque toujours le résultat de l'inflammation du ganglion; le tartre qui s'y dépose est sec et jaune ; elles sont facilement usées par la mastication. Ce fait pourrait peut-être s'expliquer par l'oblitération du canal dentaire, due au dépôt abondant de phosphate calcaire.

Les dents d'un blanc grisâtre appartiennent aux tempéraments nerveux.

Enfin, chez les personnes d'une forte constitution, chez celles qui offrent ce tempérament caractérisé par l'exercice libre de toutes les fonctions, par l'heureuse combinaison de toutes les propriétés qui appartiennent à l'espèce humaine, les dents sont courtes, d'une largeur moyenne, bien rangées, un peu épaisses; leur couleur est jaune-paille nacré. Elles sont peu exposées à la carie, et si cette dernière a lieu, elle se guérit spontanément; on n'y voit jamais de dépôt de tartre, et si l'on en rencontre, il est en petite quantité, vers le collet de la dent, et d'une dureté telle qu'il émousse l'acier. Les gastronomes sont pourvus de dents semblables.

Cependant les dents n'offrent pas toujours ce parfait développement. Chez les individus qui ont été malades lors de l'odontogénie, elles portent des signes ineffaçables, qui consistent dans des enfoncements plus ou moins profonds, ou des lignes transversales. Cette érosion est due, d'après Bourdet, à l'acidité que prend la liqueur contenue dans le sac ou matrice dentaire dans les cas de quelques maladies graves.

L'érosion est située à une distance plus ou moins grande du collet de la dent, suivant son plus ou moins d'élévation dans la matrice dentaire au moment de la maladie.

Au moyen de ces signes, il sera possible de déterminer l'âge auquel un individu aura été malade : en effet, le développement des dents se faisant dans un ordre successif, l'érosion portera sur telle ou telle dent, suivant que la maladie aura existé à telle ou telle époque.

Un enfant (1) qui aura été malade à l'âge de un an à dix-huit mois, aura les quatre incisives du haut et du bas, les canines, et les premières grosses molaires, affectées d'érosion.

Si la maladie a eu lieu à quatre ou cinq ans, ce sera les bicuspides et les deuxièmes molaires permanentes dont les faces triturantes seront offensées, tandis que les couronnes des six antérieures, qui sont entièrement émaillées, ne le seront pas, ou du moins très-légèrement près du collet, à moins que l'intensité de la maladie n'ait été telle, que la liqueur contenue dans les petites matrices, devenue trop acide, n'ait agi fortement : alors la couronne pourra être criblée d'érosions. Dans certains cas, ces érosions sont tellement profondes, qu'elles communiquent avec la pulpe dentaire.

L'érosion n'est pas la seule trace que laissent les maladies qui surviennent pendant l'odontocie. L'atrophie s'observe fréquemment chez les individus qui ont été faibles pendant leur enfance, et qui ne sont arrivés à la puberté qu'à force de soins. Elle atteint toujours plusieurs dents à la fois. Celles qui en sont affectées présentent différentes nuances de couleur brune ou blafarde, entremêlées d'un blanc plus mat, et sont parfaitement insensibles à l'instrument. M. Delabarre l'attribue à une nutrition ou un développement vicieux des petits tubes exhalants, lors de l'odontogénie. Ces dents sont fort exposées à la carie, qui les détruit vers l'âge de quinze à vingt ans.

Cette atrophie congénitale offre également un moyen de consultation

---

(1) Toirac, *oper. citat.*

fort avantageux : en effet, les personnes chez qui on l'observe ne sont pas, dans tous les cas, condamnées à cet état de faiblesse qui a rendu leur jeunesse si orageuse. Il arrive quelquefois que de muqueuses qu'elles étaient, elles passent au tempérament sanguin. Le médecin pourrait donc se tromper sur leur constitution première, s'il n'avait ces caractères ineffaçables à consulter : en effet, des marques d'atrophie et d'érosion ne s'effacent jamais, tandis qu'avec les années, le tempérament peut changer.

Les dents peuvent donc être consultées comme des certificats irrécusables qui instruiront si l'individu doit son état présent de santé ou de maladie à une prédisposition ou à des causes accidentelles. Dans ce dernier cas, on peut espérer une guérison complète : dans le premier, il y aura tendance à la récidive, ce qui doit nécessairement guider la conduite du médecin, et lui être d'un grand secours dans son pronostic.

Quels avantages aussi ne peut-il pas en tirer quand il s'agit de tracer des régimes d'hygiène privée pour l'éducation physique des enfants! Ne doit-il pas s'assurer de la nature, de la constitution innée de chaque sujet, afin de lui faire donner une nourriture appropriée? Dans le choix que l'on doit faire d'une nourrice! Mahon a reconnu, et la pratique le justifie tous les jours, que les enfants allaités par des nourrices dont ces organes étaient de mauvaise nature se trouvaient à l'avenir pourvus de dents semblables. Après avoir tracé les inconvénients qui résulteraient d'agir autrement, il s'exprime ainsi : « Il est donc très-prudent que la femme qui a des dents constitutionnellement mauvaises s'abstienne de nourrir. »

Si, pendant l'odontogénie, les maladies impriment sur les dents des traces ineffaçables, attaquent profondément leur substance, il en est encore de même après leur éruption; mais ici, plus d'atrophie, plus d'érosion, ou, si ces marques existent, elles sont superficielles. L'affection est de toute autre nature : aussi variée que les maladies qui la produisent, elle apparaît avec ces dernières, et disparaît souvent avec

elles; tantôt elle compromet entièrement l'organe qu'elle attaque, tantôt elle l'affecte légèrement.

Ainsi, dans les fièvres adynamiques, les dents sont sèches, recouvertes d'un enduit noirâtre, ayant quelque ressemblance avec la suie; elles sont, en un mot, fuligineuses. On retrouve encore cet enduit jaunâtre, puis noirâtre, dans la fièvre jaune, la peste, le typhus, les affections aiguës du cerveau, le charbon, la pustule maligne.

Les personnes atteintes de phthisie ou de gastrite chronique ont généralement les dents mauvaises. La carie qui les attaque débute par le collet de la dent, et s'annonce par un demi-cercle brunâtre plus ou moins large, accompagné d'un ramollissement marqué de l'os. Ce cercle s'étend rapidement en profondeur, et la couronne, quoique intacte, privée de support à sa base, finit par céder, et la racine, rasée au niveau de la gencive, reste seule dans l'alvéole. Cette espèce de carie a été décrite sous le nom de *carie diruptive.*

Sans prendre à la lettre ce qui a été dit sur l'étiologie de la carie dentaire, je dirai, en passant, que les auteurs ont encore admis des caries scrofuleuses, syphilitiques, rhumatismales, scorbutiques, etc. Je ne m'arrêterai point à discuter la valeur de ces opinions; quelque fondées qu'elles puissent être, elles offrent trop peu d'intérêt pour que je m'y arrête davantage.

Chez les vénériens, il n'est pas rare d'observer des nécroses du maxillaire supérieur, qui, d'après M. Ricord, attaquent plus spécialement la partie antérieure. Les modifications qui surviennent dans les dents sont les premiers symptômes qui se traduisent à l'extérieur, et peuvent à elles seules faire reconnaître la maladie : en effet, la nécrose n'épargne point les lames alvéolaires; on peut même dire que ce sont les premières parties affectées. Les dents ne se trouvant plus soutenues, deviennent vacillantes, mais, au lieu de branler dans les alvéoles, branlent avec l'alvéole, ce dont on peut s'assurer en plaçant les doigts sur les bords alvéolaires lorsque l'on imprime des mouvements à la dent.

Dans les stomatites, au contraire, mercurielles ou simples, la vacillation

arrive par l'extension de l'inflammation à la membrane alvéolo-dentaire, et a lieu dans l'intérieur de l'alvéole : c'est ainsi que dans le scorbut, les gencives devenant molles, fongueuses, sans cohésion, la membrane alvéolo-dentaire se trouve envahie, les dents ébranlées et chassées de leurs alvéoles.

Les dents des rachitiques constitutionnels ne sont point, comme on le trouve écrit dans quelques auteurs, noires, petites, mal conformées ; elles ont, au contraire, une largeur extraordinaire, et les mâchoires qui les reçoivent présentent une courbe démesurée qui porte la bouche en avant, comme celle des nègres. Ces signes sont importants à considérer chez les enfants que l'on veut soumettre à l'orthopédie ; car il est à présumer que ce sont des sujets placés dans ces conditions, qui, soumis inutilement à des soins orthopédiques, ont pu jeter quelque défaveur sur des moyens curatifs fort utiles dans des cas différents.

Chez les scrofuleux, les dents offrent une couronne développée : elles sont larges, peu épaisses, leur couleur est d'un jaune terne ; elles sont envahies de bonne heure par la carie, et cette dernière les détruit promptement.

Les dents des calculeux, entièrement semblables à celles des sanguins, présentent un dépôt abondant de phosphate calcaire autour de leur couronne : ce tartre, sec et jaune, produit l'oblitération du canal dentaire, cause probable de leur usure prématurée.

Dans l'asphyxie (1), soit par submersion, soit par strangulation ou par suffocation, les dents sont rouges, injectées ; elles présentent (2) aussi cette coloration chez les cholériques, ce qui viendrait confirmer que la mort, chez eux, arrive par asphyxie. Chez certains ictériques, elles prennent une couleur jaune très-marquée.

Si les idiots, les hydrocéphales présentent si souvent des dents al-

---

(1) Toirac, *Revue médicale*, octobre 1824.

(2) Toirac, *Gazette des hôpitaux*, avril 1832.

lérées, ces altérations, qui consistent dans des marques d'érosion ou d'atrophie, ne doivent point être rapportées à l'état d'idiotisme, d'hydrocéphalie; elles indiquent, comme nous l'avons déjà dit, que ces individus ont eu une première enfance maladive : c'est, en effet, ce qu'on observe le plus ordinairement.

L'examen que nous venons de faire des modifications apportées dans l'aspect et la structure des dents par certaines maladies nous a suffisamment démontré leur importance. Si, dans quelques cas, ces signes n'ajoutent qu'un symptôme à la maladie, dans d'autres, ils peuvent être d'un secours inappréciable. Qui pourrait, en effet, contester leur valeur dans la syphilis, le rachitisme, chez certains calculeux, chez ceux où la maladie ne se révèle aux sens de l'observateur que par des symptômes incertains? De même, lorsque le médecin est appelé à prononcer sur un fait médico-légal, ne peut-il pas être éclairé par ce signe que nous avons assigné aux dents des asphyxiés, et acquérir la conviction que la submersion a eu lieu avant ou après la mort, que la mort est survenue par asphyxie?

Nous avons consulté les dents au sortir de leurs alvéoles; nous les avons consultées bien développées, à l'état sain, altérées par les maladies. Nous allons maintenant envisager leurs maladies sous le rapport de la santé générale.

Bien qu'on ne puisse pas dire que les dents soient le principal organe de la digestion, on ne peut pas contester que leur état d'intégrité ne soit de la plus grande utilité pour l'exercice parfait de cette importante fonction. En effet, si leur nombre est complet, si les deux paraboles qu'elles forment sont régulières, si elles ne laissent que peu ou point d'intervalle entre elles, si, enfin, aucune maladie ne les altère, les aliments portés entre les deux mâchoires seront triturés sans peine : la mastication étant parfaite, l'insalivation sera facile, partant, les substances alimentaires mieux animalisées, le travail digestif plus avancé, et le bolus, plus disposé à la chymification, exigera moins d'efforts de la part de l'estomac.

L'importance d'une bonne mastication n'est contestée par personne;

tous les médecins physiologistes l'ont reconnue. Combien de gastrites, en effet, ne sont-elles pas attribuées, et avec raison, à l'absence des dents!

L'influence de leur état pathologique ne se borne pas aux voies digestives; elle peut produire les maladies les plus graves. La liste de ces maladies est longue à parcourir, et présente des affections fort différentes dans leur nature. Plusieurs d'entre elles n'ont de commun que leur origine, leur étiologie : il en est de nerveuses, d'inflammatoires; il en est d'organiques. Leur fréquence est loin d'être la même: rien de plus commun que les phlegmasies; il est rare d'observer les dernières. Chaque classe a une marche, une terminaison, une gravité spéciales; cette gravité est encore modifiée par l'intensité du mal, la constitution, l'idiosyncrasie individuelle.

Ces diverses affections offrent un trop grand intérêt pour que je m'abstienne de les décrire; leur connaissance mérite toute l'attention des praticiens.

Névralgies dentaires. — Toutes les causes qui peuvent affecter la pulpe ou le cordon dentaire peuvent produire ces névralgies; mais la plus commune, assurément, est la carie. Lorsque cette désorganisation s'empare d'une dent, la pulpe dentaire est mise à nu, ou seulement dépouillée en grande partie de la couche éburnée qui la recouvre: or, cette pulpe, qui est éminemment vasculo-nerveuse, et, par cela même, excessivement sensible aux impressions de l'air extérieur, ainsi qu'à celle du chaud et du froid des substances alimentaires, en ressent profondément l'influence, s'irrite, et comme sa substance est contenue dans une sorte de capsule inextensible, son inflammation s'accompagne d'une compression ou d'une sorte d'étranglement qui accroît encore la violence des symptômes. L'irritation se propage aux filets nerveux qui pénètrent dans le canal dentaire, à la branche qui leur donne naissance, à ses anastomoses, et envahit quelquefois tous les nerfs de la face. Ces nerfs, dont la sensibilité est vivement accrue, deviennent bientôt le siége de douleurs vives, lancinantes,

mobiles, présentant des intermittences et des exacerbations subites, et s'étendant par irradiation, à la mâchoire, à la joue, aux tempes, et quelquefois jusqu'à l'oreille. Quoique le caractère de ces douleurs soit assez tranché, elles offrent quelquefois des difficultés dans le diagnostic, lorsqu'aucune dent n'est altérée, surtout si ces organes ne sont le siége d'aucune douleur. Cette insensibilité dentaire s'explique facilement par la violence de l'irritation des nerfs de la face : *Duobus doloribus simul obortis, non eodem loco, vehementior obscurat alterum.* Si, dans cette circonstance, la véritable cause de la maladie peut être méconnue, il n'en est pas de même dans la plupart des cas, si l'on accorde une attention suffisante à l'examen de la bouche, et si l'on sait rapporter les accidents nerveux, accidents parfois très-graves, aux signes que présentent les dents.

Inflammation de la membrane alvéolo-dentaire.—L'inflammation de la membrane alvéolo-dentaire est une maladie assez commune. Il est rare que cette membrane ne prenne point une part plus ou moins grande à l'inflammation de la pulpe, du cordon dentaire, et surtout des gencives, pour peu que ces maladies aient été portées à un certain degré. C'est ainsi qu'on la voit s'enflammer dans la gengivite, ou se ressentir de l'influence que le scorbut ou le traitement mercuriel exercent sur les gencives. Les lésions accidentelles des dents, les opérations que l'on pratique sur elles, leur mauvais état, tel que l'usure, le tartre, la carie, etc., une racine oubliée dans son alvéole, peuvent aussi y donner naissance. Le rhumatisme, la répercussion de dartres, sont encore des causes éloignées.

Cette maladie se caractérise par une douleur aiguë et profonde, qui se fait ressentir dans l'intérieur des mâchoires, et se propage souvent aux parties voisines. Les dents malades, repoussées de leurs alvéoles par le gonflement de la membrane qui entoure leurs racines, sont légèrement mobiles et saillantes; elles rendent très-douloureux le rapprochement des arcades dentaires. Ordinairement la maladie ne va pas

plus loin ; elle peut pourtant passer à la suppuration, et l'ouverture des abcès rester à l'état fistuleux. Si elle persiste longtemps, la gencive se détache des dents dont la membrane est malade ; ces organes s'ébranlent, un pus odorant et fétide se fait jour autour de leur couronne, et elles finissent presque toujours par tomber.

Suppuration conjointe de la gencive et de la membrane alvéolo-dentaire. — La suppuration conjointe de la gencive et de la membrane alvéolo-dentaire peut n'être qu'une terminaison de l'affection précédente, mais le plus souvent elle affecte primitivement une marche chronique. Elle paraît plus particulièrement liée à un vice dartreux, scrofuleux ou syphilitique. L'âge de trente-cinq à cinquante ans favorise son développement, ainsi que le tempérament sanguin et la bonne chaire. M. Oudet prétend l'avoir observée héréditaire, et, dans ce cas, elle se transmettrait surtout de la mère aux filles : les femmes y sont plus exposées que les hommes.

Dans le principe de la maladie, les gencives sans altération visible à l'œil de l'observateur laissent transsuder, à la pression, une matière blanchâtre et légèrement gluante ; d'autres fois elles sont molles, saignantes, et présentent un glonflement atonique peu douloureux. Bientôt la suppuration se manifeste, les dents perdent de leur solidité, et deviennent sensibles. Si, à cette époque, l'on presse de haut en bas les gencives supérieures, de bas en haut les inférieures, on voit suinter une matière blanche, inodore, peu épaisse, laquelle se reproduit un instant après. Cette suppuration, qui n'existait d'abord qu'à la face extérieure des gencives, suinte bientôt sur tous les points qui entourent le collet de la dent. L'altération faisant des progrès, les dents qui, jusqu'alors, n'avaient causé aucune souffrance, acquièrent de la sensibilité et de la mobilité, et s'allongent un peu ; la suppuration augmente, les gencives, si elles n'avaient déjà subi aucun changement, se tuméfient autour du collet des dents, et prennent une couleur d'un rouge foncé.

Les racines n'avaient jusqu'alors présenté aucun phénomène, main-

tenant elles en présentent de graves : leur membrane externe, siége principal de la maladie, fournit sans cesse un fluide purulent, qui s'échappe entre elles et les parois osseuses qui les renferment. L'absorption s'empare de la lame externe de l'alvéole, qui disparaît bientôt complétement ; les gencives se trouvant en contact immédiat avec les racines, s'affaissent, finissent par les détruire, abandonnent le collet des dents, et laissent leurs racines à découvert. La suppuration, conjointe des gencives et des alvéoles parvenue à ce degré, les dents ne tardent pas à tomber.

Gonflement inflammatoire des gencives. — Sans nier l'influence des autres causes sur la production de l'inflammation des gencives, cette maladie s'observe le plus ordinairement chez les personnes peu soigneuses de leur bouche, et particulièrement chez celles qui sont pourvues de chairs molles, d'un tissu cellulaire abondant.

La muqueuse gengivale est le siége habituel d'une sécrétion spéciale, qui fournit à la surface des dents une matière limoneuse, blanchâtre ou jaunâtre, qui s'y attache avec assez de force. La salive, les liquides muqueux, paraissent ne pas être totalement étrangers à cette sécrétion. D'abord amassée autour du collet de la dent, sous la forme d'une croûte plus ou moins sèche, elle finit par s'étendre sous les gencives, qu'elle soulève légèrement ; puis, par l'addition de nouvelles couches, elle s'élève vers l'extrémité libre de la couronne, qu'elle recouvre quelquefois entièrement, donnant à la bouche un aspect sale, dégoûtant, et rendant l'haleine fétide. Les gencives, irritées sans cesse par la présence de ce tartre, se tuméfient ; il s'y développe de la chaleur ; elles deviennent rouges, luisantes, douloureuses, surtout pendant l'acte de la mastication : elles saignent avec la plus grande facilité. Ces petites hémorrhagies, qui se renouvellent fréquemment, ne présentent aucune gravité par elles-mêmes ; dans quelques cas, pourtant, elles deviennent assez abondantes pour fixer l'attention du médecin. Bourdet cite l'observation d'une personne qui, depuis cinq semaines, se trouvait tous les matins remplie de sang dans son lit.

Dans cette affection, le bord gengival se recouvre quelquefois de petites excoriations grisâtres, ulcéreuses, qui détruisent peu à peu la gencive. Les dents déchaussées perdent de leur solidité, deviennent vacillantes, et peuvent finir par être chassées entièrement de leurs alvéoles.

Abcès des gencives (*Parulies*). — Il n'est pas rare de voir l'abcès des gencives se développer à la suite de leur gonflement inflammatoire. Dans ce cas, la douleur acquiert plus d'intensité; elle devient pongitive, brûlante; fixée sur une étendue plus ou moins grande de l'arcade alvéolaire, elle s'étend parfois jusqu'à la joue, qui devient le siége d'un gonflement douloureux.

Après deux ou trois jours de durée, ces accidents diminuent; le point enflammé de la gencive se ramollit, acquiert une teinte blanchâtre, et présente une fluctuation manifeste et superficielle. L'ouverture de ces petites collections purulentes peut se faire longtemps attendre si l'on n'a pas recours à l'incision.

La parulie n'est pas toujours aussi simple que je viens de la décrire; elle peut naître sous l'influence de lésions éloignées et profondes des racines dentaires, des alvéoles et des os maxillaires. Dans ce cas, l'ouverture reste fistuleuse, et la guérison ne peut être obtenue qu'en attaquant l'affection qui l'entretient.

Stomatites.—Ulcères fongueux et cancéreux.—Les stomatites dentaires arrivent ordinairement par l'extension de l'inflammation gengivale à la muqueuse buccale, sur laquelle on observe fréquemment des ulcérations aphtheuses, liées à l'intensité de la maladie. Ces aphthes, qui sont le résultat de la stomatite, ne sont pas les seules ulcérations que l'on rencontre. Quelques personnes présentent à la langue, à la partie interne des joues, des ulcérations profondes, fongueuses, sanguinolentes, déterminées par le volume du tartre qui frotte sans cesse contre ces parties. Légères dans le principe, elles deviennent bientôt le siége d'une irritation plus vive, par la persistance de la cause qui leur a

donné naissance, acquièrent, dans certains cas, tous les caractères des ulcères syphilitiques ou cancéreux, et peuvent même passer entièrement à ce dernier état. Leurs bords se renversent, deviennent calleux, un ichor abondant et fétide découle de leur surface, qui s'étend rapidement en largeur et en profondeur; des douleurs vives, lancinantes, caractéristiques, s'y font sentir.

Épulies (*excroissances fongueuses*, *tumeurs fongueuses des gencives*). — Les épulies consistent dans une sorte d'hypertrophie ou de végétation des gencives. D'abord gonflées, puis flasques, fongueuses et rougeâtres, les gencives peuvent, dit Jourdain, tantôt s'épaissir en forme de lèvres, sans néanmoins trop recouvrir les dents, tantôt recouvrir en partie ces organes par l'accroissement et l'épaississement des parties interstitielles, de manière à paraître divisées en deux; tantôt, enfin, ce sont de vraies tumeurs, variables dans leur forme et leur composition. Le auteurs plus modernes ne semblent s'être occupés que de ces dernières.

Sans parler des irritations répétées, des violences extérieures, sous l'influence desquelles peuvent se développer les excroissances fongueuses des gencives, et des altérations profondes, quoique latentes, de la constitution individuelle, les épulies succèdent ordinairement aux maladies des gencives, ou existent avec elles; elles peuvent aussi reconnaître pour cause la carie des os maxillaires.

Rarement de nature fibreuse ou fibro-cartilagineuse, elles sont le plus souvent molles, spongieuses, éminemment vasculaires; elles se gonflent et se durcissent sous l'influence des excitations buccales, puis s'affaissent, et perdent de leur volume lorsque le sang cesse d'être apporté dans leur tissu. Elles sont presque toujours implantées sur les gencives; les fibreuses, au contraire, naissent presque toujours des parois alvéolaires : dans ce cas, elles font saillie entre les dents, déchaussent ces organes, les ébranlent et les chassent de leurs alvéoles. Tantôt pédiculées, tantôt présentant une base large, épaisse, les épulies acquièrent rarement un grand volume, quoiqu'on en ait vu gêner

singulièrement la mastication, la déglutition, ainsi que l'articulation de la parole. Leur surface lisse, polie, est recouverte par la pellicule des gencives. Nullement douloureuses, elles prennent, dans certaines circonstances, des caractères de mauvaise nature : elles saignent au moindre contact, laissent couler de leur surface ulcérée une matière sanieuse et fétide, et sont traversées par des douleurs lancinantes. La maladie arrivée à ce point est un véritable cancer.

Phlegmon des joues (*fluxion dentaire*). — De toutes les maladies qui reconnaissent pour cause une altération des dents, la fluxion est assurément la plus commune. Elle peut survenir à l'occasion de toutes les lésions de la substance des dents, ou succéder aux opérations que l'on pratique sur ces organes. La facilité avec laquelle elle se développe n'est pas la même chez tous les individus ; elle est subordonnée à la sensibilité variable des sujets, au degré de développement de leur système sanguin, à leur idiosyncrasie.

Les symptômes de la fluxion dentaire sont, la chaleur de la joue qui correspond à la dent malade, rarement la rougeur, une tuméfaction plus ou moins grande, un sentiment de tension, de roideur, le ptyalisme, l'anorexie, de la fièvre, en un mot, tous les symptômes d'une inflammation phlegmoneuse. La tuméfaction est le seul bien constant. A ces divers symptômes il faut ajouter ceux qui résultent de la gêne apportée dans l'exercice libre des organes, tels que la difficulté de parler, de prendre des substances alimentaires, etc. La fluxion dentaire se termine ordinairement par résolution au bout de quelques jours, plus rarement par suppuration. Dans ce dernier cas, le pus se forme, tantôt au dehors, sous les téguments, tantôt en dedans de la bouche, sous la membrane muqueuse, et dans le tissu des gencives. Une tuméfaction circonscrite, d'abord dure, puis molle et fluctuante, qui persiste après la disparition presque entière de l'appareil inflammatoire environnant, indique le siége de l'abcès.

Abcès des joues.—Les abcès des joues peuvent, comme nous venons

de le voir, succéder aux fluxions ; mais, dans un grand nombre de cas, ils ne consistent que dans un petit noyau d'engorgement indolent, acquérant peu à peu du volume et de la mollesse, et finissant, enfin, par s'ouvrir, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur de la bouche.

Parotides, engorgements sous-maxillaires, éruptions croûteuses du nez, ophthalmies. — Dans quelques circonstances, rares à la vérité, ces diverses affections sont produites par un mauvais état des dents. Boyer place la carie dentaire au nombre des causes qui déterminent les parotides; Oudet fait naître de l'inflammation du cordon dentaire l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, et certaines éruptions croûteuses du nez ; Jourdain cite plusieurs observations d'ophthalmies qui ne reconnaissent pas d'autre cause qu'une lésion des dents.

Dans l'une de ces observations, l'ophthalmie est déterminée par le plombage d'une dent, et précède de quelques jours chaque époque menstruelle, puis disparaît avec elle. La dent déplombée, l'ophthalmie ne reparaît plus ; nouveau plombage de la dent, réapparition de l'ophthalmie à l'époque habitulle; enfin cette dernière disparaît entièrement par le déplombage définitif de la dent.

Malgré l'autorité de Boyer, j'ai de la peine à admettre la formation d'une parotide à la suite des caries dentaires, et, sans nier positivement la possibilité du fait, je le crois excessivement rare. Quant à l'engorgement des ganglions sous-maxillaires, il peut avoir lieu par l'extension de l'inflammation à ces ganglions mêmes, ou survenir à la suite de quelques ulcérations de la bouche, de même que les ganglionites des aisselles surviennent à la suite d'une piqûre de la main, les bubons de l'aine, à la suite d'ulcérations du gland ou de l'anus.

Fistules dentaires, carie et nécrose des maxillaires. — Les fistules dentaires viennent, pour la fréquence, immédiatement après les fluxions. Elles peuvent succéder à presque toutes les affections précédentes, ainsi qu'aux maladies des sinus. L'inflammation suppurative de la pulpe dentaire, de la membrane alvéolo-dentaire, les abcès des gen-

cives, des sinus, les fluxions, etc., sont autant de formes primitives de la maladie.

Les fistules dentaires diffèrent essentiellement les unes des autres par leur siége. Elles peuvent s'ouvrir sur différents points des gencives, à la voûte palatine, dans une alvéole; à l'extérieur, elles s'ouvrent au devant des sinus, le long de la base de la mâchoire inférieure, à la face externe de la joue, au devant des ailes du nez, ou, ce qui est plus rare, près de l'apophyse montante. Les premières présentent ordinairement un petit mamelon d'un rouge-cerise, percé d'une ouverture par laquelle il suinte une matière puriforme, peu épaisse; quelquefois, au lieu de ce mamelon, on aperçoit au centre des parties qui sont le siége d'une inflammation chronique, un petit point qui laisse transsuder du pus à la pression. En général, ces ulcères fistuleux sont simples, et correspondent à l'extrémité de la racine de la dent malade; mais ils peuvent s'en éloigner plus ou moins, et exister en plus grand nombre : cela arrive particulièrement quand ils s'établissent sur la membrane du palais. Lorsque les fistules dentaires s'étendent à la face, elles se terminent, par un ulcère ayant à son centre une ouverture d'où s'échappe un ichor séreux qui se dessèche par le contact de l'air, et forme une croûte au-dessous de laquelle de nouvelles sérosités venant à s'amasser, produisent une matière purulente : la circonférence de cet ulcère est plus ou moins rouge, et ordinairement un peu œdématiée. Dans d'autres cas, l'orifice extérieur de la fistule est déprimé, et adhère aux parties sous-jacentes. Du reste, le nombre de ces orifices fistuleux varie depuis un jusqu'à trois, quatre et même davantage. Quand ils existent pendant un certain temps, ils se compliquent presque toujours d'un engorgement dur, plus ou moins profond du tissu cellulaire, et déterminent cet état que les auteurs ont désigné sous le nom de *callosités*.

Quelles que soient les différences que les fistules dentaires offrent par rapport à la longueur du trajet qu'elles parcourent, au nombre et à la situation de leurs orifices extérieurs, à leur gravité, elles se rapprochent toutes par ce caractère commun, de prendre leur origine à l'ex-

trémité de la racine ou des racines des dents malades, et de reconnaître pour cause l'altération du cordon vasculo-nerveux qui s'y rend. De ce point, elles se dirigent au dehors, précédées dans leur marche par un travail inflammatoire qui leur fraye un passage à travers la substance même des os maxillaires. Si elles s'ouvrent aux gencives ou à la voûte palatine, on découvre une perforation ordinairement peu considérable de la paroi interne ou externe de l'alvéole. Mais si les fistules s'étendent plus loin, ou suivent une direction plus défavorable, la destruction des os maxillaires est plus profonde, occupe plus d'espace, et peut s'accompagner de la carie ou de la nécrose d'une portion plus ou moins grande de ces os. Toutes les fois que des abcès se forment au voisinage des os, leur tissu est exposé à ces destructions, et cela avec d'autant plus de facilité, que le dépôt purulent sera en plus grande abondance, que le pus aura plus de peine à se faire jour à l'extérieur.

Tantôt la carie occupe la lame interne ou externe de l'os, tantôt elle occupe son intérieur, les lames restant intactes. Dans ce dernier cas, le pus s'infiltre dans le tissu osseux, se creuse une cavité qui plus tard se convertira en fistule véritable. Ces fistules, que Jourdain a décrites sous le nom de *fistules du tissu maxillaire*, peuvent parcourir un trajet fort long avant de s'ouvrir à l'extérieur.

Engorgement inflammatoire de la membrane des sinus maxillaires.— Abcès des sinus. — Envisageant toujours la question sous le rapport de la séméiotique dentaire, l'engorgement inflammatoire des sinus reconnaît pour causes, l'inflammation du cordon dentaire, la carie des dents, un mavais état des gencives, les fluxions, en un mot, toutes les maladies, en général, qui peuvent affecter les dents, et celles déjà déterminées par ces organes. Les lésions accidentelles, les opérations, peuvent également les occasionner; mais la plus puissante de toutes ces causes est la carie.

Toutes les dents ne sont pas également susceptibles de produire cet

engorgement : les dernières molaires, par leur situation, y disposent davantage. On sait, en effet, que leurs racines sont fort longues, et pénètrent quelquefois dans les sinus : or, si la carie vient à s'en emparer, la sécrétion morbide dont elles seront le siége se fera jour dans la cavité de l'os maxillaire, et son séjour occasionnera nécessairement des accidents inflammatoires. L'inflammation peut aussi se transmettre par la pulpe dentaire, le cordon nerveux, ou la membrane alvéolo-dentaire.

L'affection qui nous occupe s'annonce ordinairement par un embarras et une pesanteur douloureuse dans l'intérieur du sinus. Le malade se mouche difficilement, les dents qui répondent au sinus malade sont comme engourdies et sensibles à la pression, les gencives sont rouges, ainsi que la voûte et le voile du palais; il arrive encore quelquefois que le malade mouche du sang seul, ou mêlé avec du mucus. Les douleurs du sinus se communiquent à la joue qui devient brûlante, et particulièrement à la narine du côté affecté; les secousses imprimées fortuitement au malade lui font éprouver une douleur assez vive. Si la maladie doit se terminer par suppuration, chose assez rare, le mouvement fébrile devient plus intense, la douleur pulsative; tous les symptômes locaux augmentent d'intensité.

Après un temps plus ou moins long, le pus se fait jour à l'extérieur, soit qu'on lui pratique une issue artificielle, soit qu'il s'en fasse une naturelle, par l'ouverture souvent fort rétrécie du sinus, à la voûte palatine, ou bien sur différents points de la joue, à travers les parois osseuses qu'il a préalablement détruites. Lorsqu'on a évacué l'abcès par une alvéole, il s'établit, dans certains cas, des fistules intarissables.

Hydropisie des sinus. — L'hydropisie des sinus consiste dans l'accumulation d'un liquide séro-muqueux dans les sinus maxillaires, et se développe sous l'influence des mêmes causes que la maladie précédente.

Dans les abcès des sinus, les os ont conservé leur dureté naturelle ; ici, au contraire, ils sont distendus, ramollis, donnent lieu à des tumeurs

extérieures indolentes, qui cèdent à la pression des doigts, et qui, en revenant à leur état de distension lorsqu'on cesse de les comprimer, produisent une espèce de craquement. Le pronostic des abcès et des hydropisies des sinus est toujours plus ou moins fâcheux, à cause de la carie et de la nécrose qui en sont si souvent la suite.

Tumeurs polypeuses et cancéreuses des sinus. — Jourdain a placé les polypes des sinus au nombre des maladies qui surviennent à l'occasion des lésions des dents. Il est certain que l'irritation favorise leur développement, et que les lésions des dents sont des causes puissantes d'irritation ; mais elles sont loin de produire dans tous les cas des tumeurs polypeuses, et l'on ne peut en donner une explication satisfaisante qu'en admettant une prédisposition individuelle. Ces tumeurs, ainsi que les fongosités des gencives, ont une grande tendance à passer à la désorganisation cancéreuse. Quoi qu'il en soit, une douleur sourde, des hémorrhagies fréquentes, l'écartement des parois des sinus, le refoulement des parties voisines, enfin leur apparition à l'extérieur ou dans la bouche, telle est la marche la plus ordinaire de ces tumeurs.

Dans les maladies variées que nous venons de parcourir, je ne chercherai point à démontrer l'importance des signes tirés des dents : l'évidence est prouvée pour tout le monde. Je me bornerai à citer l'axiome suivant : *Sublata causa, tollitur effectus.* Pour enlever la cause, il faut la connaître. Qu'est-ce qui la fait connaître ? Les dents, leurs lésions.

Envisagées sous le rapport médico-légal, les dents offrent un nouveau moyen de consultation : en effet, les questions d'identité, celles qui se rattachent à l'avortement, à l'infanticide, au viol, à la mort violente, par quelque cause que ce soit, peuvent entraîner nécessairement ou accessoirement cette question : Déterminer l'âge de tel ou tel sujet.

Dans la première et la deuxième enfance, l'éruption des dents peut jeter les plus grandes lumières sur cette question ; plus tard, elles peuvent encore donner quelques indices, mais qui sont loin d'avoir la même importance. Leur état d'intégrité plus ou moins parfait, leur

destruction plus ou moins avancée, fourniront des données approximatives qui pourront confirmer les preuves que le médecin aura tirées de l'examen des autres organes.

D'après ces considérations, il me semble de la plus grande importance que le médecin légiste connaisse parfaitement l'ordre dans lequel se fait l'évolution des dents, et nous ne pouvons mieux faire, en terminant, que de donner l'exposé de ce tableau.

Première dentition.

Du 4e au 10e mois, apparaissent les 4 incisives centrales ; celles d'en bas commencent :

Du 6e au 12e mois, les 4 incisives latérales ;

Du 10e au 14e mois, les 4 canines ;

Du 12e au 20e mois, les 4 premières molaires ;

Du 18e au 36e mois, les 4 dernières molaires.

Deuxième dentition.

De 5 à 6 ans, les premières grosses molaires ;

De 6 à 8 ans, les incisives moyennes d'en bas, ensuite celles d'en haut ;

De 7 à 9 ans, les latérales ;

De 9 à 11 ans, les premières petites molaires ;

De 10 à 12 ans, les conoïdes et la deuxième petite molaire ;

De 12 à 17 ans, la seconde grosse molaire ;

De 21 à 27 ans, la 3e grosse molaire ou dent de sagesse.

II.

De la péritonite congénitale et accidentelle chez les nouveau-nés.

PÉRITONITE CONGÉNITALE.

Étiologie. — Dans l'état actuel de la science, il est bien difficile d'émettre une opinion sur les causes de la péritonite congénitale des nouveau-nés. Pendant sa vie intra-utérine, le fœtus est tellement soustrait à l'influence des agents extérieurs, que les causes morbifiques ne peuvent avoir aucune action sur lui : c'est à peine si l'on conçoit l'action de certaines causes mécaniques. Il n'en est pas de même si la maladie survient pendant l'accouchement : une pression forte et prolongée du fœtus, lors de son passage aux détroits du bassin, pourra, jusqu'à un certain point, en donner une explication suffisante.

Mais si nous ne pouvons rapporter aux agents extérieurs les causes excitantes d'une pareille inflammation, nous serons obligé de les faire venir de la mère, et cette opinion n'est rien moins que problématique. M. Dugès prétend que les enfants sur lesquels on a observé la péritonite à leur naissance n'étaient pas nés de mères atteintes de péritonite puerpérale. Cependant ces faits ne font qu'infirmer l'opinion émise, sans la détruire complétement, car il me semble, avec raison, que des causes morbifiques existant chez la mère peuvent avoir une grande influence sur l'enfant, être faible et impressionnable, sans en avoir sur elle; d'ailleurs, cette transmission de la mère à l'enfant est admise pour certaines maladies, telles que la syphilis, les scrofules, etc. Pourquoi ne pourrait-on l'admettre pour les inflammations ?

Quelles que soient les causes qui aient agi pour déterminer l'inflammation péritonéale, une condition est indispensable, il faut que le fœtus ait acquis un certain développement, que son organisation soit avancée; car, dans les premiers temps de la vie intra-utérine, il est placé dans des conditions si différentes de l'adulte, et même de l'enfant nouveau-

né ; qu'il ne peut exister aucune analogie entres les maladies auxquelles ils sont sujets.

Symptomatologie. — Malgré les beaux travaux des modernes, l'histoire de la maladie qui nous occupe est encore fort incomplète, et demande de nouvelles recherches. Dans les observations de péritonite congénitale, tantôt les enfants sont venus au monde dans un état d'amaigrissement parfait, tantôt, au contraire, ils avaient conservé leur embonpoint, ils étaient frais et vigoureux ; mais ce qu'ils ont offert de constant, c'est le ballonnement et la dureté du ventre, la rétention du méconium. Il est probable que, dans le premier cas, la maladie s'était déclarée longtemps avant l'accouchement, et, dans le deuxième, quelques jours, quelques heures auparavant, peut-être même pendant cette importante fonction. L'autopsie est venue ajouter un nouveau poids à cette croyance, en démontrant des traces de péritonite plus ou moins anciennes, telles que, épanchement d'un liquide séro-purulent, fausses membranes, adhérences, etc.

Diagnostic, pronostic, thérapeutique. — Renfermé dans un organe entièrement inaccessible aux sens, le fœtus ne peut révéler ses souffrances par aucun signe aux yeux de l'observateur ; pourtant il est certaines circonstances dont on devra tenir compte.

Nous avons vu, en parlant de l'étiologie de cette affection, que l'opinion la plus rationnelle la faisait venir de la mère ; d'un autre côté, il est démontré que la pléthore sanguine est une prédisposition aux inflammations : or, si la mère était d'un tempérament sanguin, offrait des signes d'hypérémie, il serait prudent d'avoir recours aux émissions sanguines, de prescrire une alimentation douce, des bains fréquents, le calme du corps et de l'esprit, surtout si la mère avait éprouvé des phlegmasies graves. Après la naissance, le fœtus ne présente, comme nous l'avons vu, que des symptômes qui le plus souvent ne peuvent, à eux seuls, faire reconnaître la maladie.

La péritonite congénitale est une maladie grave : elle tue l'enfant

pendant la vie intra-utérine, ou elle le fait périr après la naissance; du moins, dans les observations rapportées, a-t-elle toujours eu une fin funeste. Ceci n'est pas une raison suffisante pour autoriser le médecin à ne rien faire en pareille circonstance. Il devra avoir recours aux antiphlogistiques ou aux toniques, suivant l'état du petit malade.

PÉRITONITE ACCIDENTELLE.

Étiologie. — L'impression du froid paraît être une des causes les plus puissantes de la péritonite accidentelle des nouveau-nés. La rétention du méconium, la constipation, l'étranglement interne, l'ont encore souvent produite; mais une circonstance qui favorise singulièrement son développement, c'est l'encombrement d'enfants dans un même lieu. M. Dugès dit l'avoir observée rarement dans sa pratique, et l'avoir rencontrée fréquemment à la Maternité de Paris, où elle s'est offerte aussi beaucoup plus grave.

Symptomatologie. — Les symptômes propres à la péritonite accidentelle sont, la tension, le météorisme, la sensibilité du ventre, surtout à la pression : la langue est rouge, couenneuse; le petit malade refuse le mamelon de sa nourrice; bientôt il survient des éructations, des vomissements, de la constipation; les urines sont rares, le pouls est d'une petitesse remarquable, la respiration est courte et gênée, la peau chaude et sèche, particulièrement à l'abdomen; il y a agitation, puis somnolence, décomposition profonde des traits de la face. L'érysipèle de l'abdomen coïncide fréquemment avec cette maladie (1).

La péritonite des nouveau-nés n'offre pas toujours tant de violence dans les symptômes. Elle a été observée à l'état chronique; mais alors elle n'a le plus souvent été reconnue qu'après la mort.

---

(1) *Dictionn.* en 25 vol., art. Érysipèle.

Diagnostic. — Dans le début de la maladie, la constipation, la douleur et le ballonnement du ventre peuvent faire croire à des coliques spasmodiques; mais, dans ce dernier cas, l'agitation est plus grande, les douleurs intermittentes, ou au moins rémittentes; le ventre est moins sensible à la pression, moins tendu; les symptômes généraux n'existent pas. La gêne de la respiration pourrait faire croire à une affection thoracique, si la percussion et l'auscultation n'éloignaient promptement cette idée. Enfin les symptômes déjà signalés, c'est-à-dire le ballonnement du ventre, la grande sensibilité, la constipation, feront distinguer la péritonite d'une phlegmasie intestinale; mais, dans le cas de complication d'entérite, il faudra toute la sagacité du médecin pour parvenir au diagnostic, et le plus souvent il sera obligé de rester dans le doute.

Pronostic. — La péritonite accidentelle est moins grave que la péritonite congénitale. M. Dugès dit avoir vu ses symptômes se dissiper dans quelques jours, et l'enfant reprendre tous les attributs d'une bonne santé. Néanmoins, il n'est pas rare de voir la maladie se terminer par la mort; je dirai même que c'est la terminaison la plus ordinaire.

Anatomie pathologique. — A l'ouverture des petits cadavres, l'on a trouvé le péritoine rouge, injecté, de la sérosité floconneuse dans la cavité abdominale, des fausses membranes, des adhérences, l'estomac et les intestins distendus par les gaz.

Traitement. — Dès le début de la maladie, il faudra priver l'enfant du lait de sa nourrice, appliquer une ou deux sangsues sur le ventre, des cataplasmes émollients, rendus légèrement narcotiques. L'on prescrira des bains, des lavements émollients, des lavements purgatifs, faits avec ʒ ij d'huile de ricin ou de miel mercuriel; les sirops de fleur de pêcher, de chicorée, le calomel pris à l'intérieur, combattront avec avantage la constipation, et établiront un point de dérivation sur le

canal intestinal. Vers la fin de la maladie, il sera bon de revenir à un régime tonique approprié à l'âge de l'enfant : ainsi on administrera quelques cuillerées de sirop de kina, d'œillet, d'écorce d'orange ; mais ce ne sera qu'après avoir ramené graduellement l'enfant à prendre du lait de vache ou de chèvre, coupé avec une décoction de gruau, le lait de sa nourrice. Il ne faudra pas non plus négliger de le tenir chaudement : la flanelle appliquée sur la peau entretiendra une chaleur fort salutaire.

III.

Des articulations qui sont privées de membranes synoviales.

Parmi les articulations dépourvues de membranes synoviales, les unes sont complétement immobiles, les autres ne jouissent que de mouvements obscurs, d'autres enfin jouissent de mouvements accidentels.

1° *Articulations immobiles.*

Articulations du crâne.—Les os du crâne s'articulent par synarthrose : leurs moyens d'union sont le péricrâne et la dure-mère, un cartilage inter-articulaire, apparent chez l'enfant, facile à démontrer chez l'adulte, par une longue macération, ou une ébullition prolongée.

Les surfaces par lesquelles s'articulent les os du crâne ne sont point aussi étroites qu'il semblerait *à priori*. La nature, évidemment, a voulu donner une grande solidité à ces articulations, pour protéger les organes intérieurs, et eût manqué son but sans les conditions suivantes, qui, en multipliant les points de contact des surfaces osseuses, deviennent des conditions de grande solidité. Nous noterons, sous ce rapport, la plus grande épaisseur des os du crâne à leur circonférence qu'à leur

centre, leurs dentelures, leur coupe oblique, la multiplicité des angles saillants et des angles rentrants, les sinuosités que présente la circonférence des os, ainsi que la disposition de certaines sutures écailleuses, disposition telle, que de deux os qui s'articulent entre eux, celui qui recouvre l'autre dans une certaine étendue est recouvert par ce dernier dans une autre portion de son étendue. Toutes ces conditions de solidité ne se trouvent pas réunies sur un même point : ainsi, à la voûte, ce sont les engrenures; sur les côtés, des coupes en biseau; à la base, des surfaces larges et des engrenures d'angles saillants et rentrants.

Ces dispositions assurent tellement la solidité du crâne, qu'un corps doué d'une vitesse quelconque brisera les os, mais ne parviendra pas à les disjoindre; bien plus, par un certain arrangement des sutures, son effet tendra à resserrer leur union. Ainsi qu'un corps vienne à frapper le sommet de la tête, il tendra à déprimer la suture sagittale; mais cette dépression ne pourra avoir lieu que par l'écartement du bord inférieur des pariétaux, qui, en se portant en dehors, détermineront dans le temporal un mouvement de bascule qui resserrera les articulations de la base du crâne.

Ce qui vient d'être dit de la résistance et de l'immobilité des os du crâne n'est point également vrai à toutes les époques de la vie. Pendant les premières années qui suivent la vie intra-utérine, les os de la voûte du crâne ne se touchent point; l'espace qui les sépare est rempli par une substance cartilagineuse flexible, qui permet aux os de la voûte d'exercer les uns sur les autres des mouvements assez étendus. A la base, les os ne sont séparés que par des lames cartilagineuses très-minces, qui ne permettent aucun mouvement, précaution nécessaire pour protéger une partie du cerveau si essentielle à la vie.

Articulations de la face. — Indépendamment de la solidité qui résulte de la configuration des surfaces articulaires, les articulations de la face ont pour moyen d'union un cartilage très-mince, continu avec le parenchyme de l'os.

Ces articulations sont toutes des sutures : mais ici la suture harmo-

nique est la plus commune ; pourtant je ferai remarquer que la plupart présentent des engrenures très-marquées, surtout vers les parties latérales de la face, dans l'union des os de la face avec le crâne. Nous trouvons des exemples de simple juxtaposition dans l'articulation de l'ethmoïde avec la voûte orbitaire, de l'os palatin avec les apophyses ptérygoïdes, du vomer avec l'ethmoïde, des exemples de réception dans l'articulation de la portion verticale de l'os palatin avec la fêlure que présente l'orifice du sinus maxillaire, du vomer avec le sphénoïde.

Tous les os de la face se trouvent ainsi réunis d'une manière très-solide, et constituent une charpente osseuse susceptible d'une grande résistance. Dans les mouvements de bas en haut, le maxillaire supérieur supporte premièrement tous les efforts, et y résiste très-efficacement par les conditions d'organisation suivantes : son tissu compacte, son apophyse montante, qui va arc-bouter contre le frontal ; en arrière, l'apophyse malaire, très-forte par elle-même, et solidement soutenue par l'os de la pommette articulé, d'une part, avec le frontal et le sphénoïde, de l'autre, avec le temporal ; les apophyses ptérygoïdes, qui s'opposent plus spécialement au déplacement en arrière, concurremment avec l'arcade zygomatique. Dans les chocs latéraux, l'os malaire résiste à la manière des voûtes, et transmet l'impulsion qu'il a reçue au maxillaire supérieur, au frontal, et au sphénoïde. Enfin nous noterons comme conditions de solidité les points du crâne qui s'articulent avec les os de la face, tous doués d'une grande force de résistance.

La solidité était assurément une chose bien nécessaire, mais il fallait que le cerveau n'en ressentît pas une influence fâcheuse. La nature a prévu ce cas par la multiplicité des pièces osseuses, des articulations, qui absorbent une grande partie de l'impulsion.

Articulations chondro-costales. — Ces articulations ne présentent rien de remarquable. La côte est creusée pour recevoir l'extrémité du cartilage ; le seul moyen d'union est le périoste.

2° *Articulations jouissant de mouvements obscurs.*

Articulations du corps des vertèbres. — Comme toutes les amphiarthroses, ces articulations ont une surface continue, et une surface contiguë, qui est représentée par l'articulation des apophyses articulaires.

Les surfaces articulaires sont plus ou moins concaves, suivant les régions où on les examine, et revêtues d'une couche de cartilage très-mince.

Leurs moyens d'union sont, ou périphériques ou interosseux. Les premiers sont au nombre de deux : le ligament vertébral commun antérieur, et le ligament vertébral commun postérieur. Les deuxièmes consistent dans une espèce de disque cartilagineux qui remplit l'espace lenticulaire intercepté par le corps des vertèbres.

Cette série successive d'articulations concourt à former une longue tige cylindrique flexible, organe protecteur de la moelle et de locomotion, qui transmet aux membres abdominaux le poids du tronc et des membres thoraciques.

Articulations sacro-vertébrales et coccygiennes. — Ces articulations ont la plus grande ressemblance avec les précédentes ; pourtant je ferai remarquer, dans la première, la plus grande épaisseur, en avant, du cartilage articulaire et le ligament sacro-vertébral, qui n'existe point pour les vertèbres, la transformation en synarthroses, des articulations coccygiennes dans un âge avancé.

Articulations chondro-sternales. — Au nombre de sept de chaque côté, ces articulations sont formées par l'angle saillant des cartilages, qui est reçu dans l'angle rentrant que présentent les facettes latérales du sternum, un ligament rayonné antérieur, un ligament rayonné postérieur, deux petits ligaments, l'un supérieur, l'autre inférieur, et un

ligament chondro-zyphoïdien pour la sixième et la septième articulation.

Je ne crois pas devoir parler des articulations des cartilages entre eux: les supérieures ne sont réellement pas des articulations; les autres présentent une synoviale trop manifeste.

3° *Articulations jouissant de mouvements accidentels.*

Rigoureusement parlant, ces articulations ne devraient point être regardées comme dépourvues de membranes synoviales; pourtant, si l'on considère qu'à l'état ordinaire, cette membrane n'est que rudimentaire, qu'elle disparaît complétement avec l'âge, et même de bonne heure, chez les hommes, l'on pourra les ranger dans cette catégorie. Comme amphyarthroses, elles présentent des surfaces en partie continues, en partie contiguës : elles jouissent habituellement de mouvements obscurs; leurs moyens d'union sont périphériques et interosseux. Dans certaines circonstances, elles acquièrent une grande mobilité; leur synoviale devient très-apparente, et une synovie abondante lubrifie les surfaces articulaires. Cette condition est des plus favorables dans l'accouchement. Le diamètre pubio-coccygien gagne de cinq à six lignes, et si le mouvement de diduction qu'éprouve la symphyse pubienne n'augmente que d'une très-petite étendue les détroits du bassin, au moins cette disposition n'est-elle que favorable.

Symphyses sacro-iliaques. — Les surfaces articulaires ont leur partie contiguë en avant; elle a la forme de l'auricule dont le bord convexe serait tourné en avant: la partie continue est remarquable par les aspérités qu'elle présente. Ces surfaces sont alternativement convexes, et présentent une double obliquité.

Leurs moyens d'union sont, un cartilage rugueux, un ligament sacro-iliaque antérieur, un ligament sacro-iliaque supérieur, un ligament interosseux ou sacro-iliaque, un ligament vertical postérieur (liga-

ment sacro-iliaque inférieur de Boyer, sacro-épineux de Cloquet), enfin le ligament iléo-lombaire. La synoviale est très-difficile à démontrer.

Symphyse pubienne.—Les surfaces articulaires sont ovalaires, planes, obliquement coupées d'arrière en avant, et de dedans en dehors. Elles sont tantôt presque entièrement continues, tantôt contiguës.

Leurs moyens d'union sont un ligament pubien antérieur, un ligament pubien postérieur, un ligament pubien supérieur, un ligament pubien inférieur ou triangulaire, un ligament interosseux.

Parmi les articulations jouissant de mouvements accidentels, nous avons encore l'articulation sacro-coccygienne, et celle des deux premières pièces du coccyx. Ces articulations, toutes les deux fort simples, ont la plus grande analogie avec les articulations du corps des vertèbres.

IV.

Comment reconnaître si l'eau de fleurs d'oranger contient de l'acide acétique ou de l'acétate de cuivre?

1° *Reconnaître l'acide acétique?*

La présence d'un acide, une fois constatée, l'on reconnaîtra l'acide acétique aux caractères suivants.

La *liqueur concentrée* donnera l'odeur d'acide acétique, odeur caractéristique, lorsqu'elle ne se trouve mêlée à aucune autre capable de la détruire.

Les caractères négatifs, que l'on obtient à l'aide de l'eau de chaux et des sels d'argent, ont peu d'importance, et, à mon avis, les meilleurs procédés sont ceux que l'on emploie pour la dissolution étendue.

Dissolution étendue. — L'acide acétique étant très-volatil, donnera,

par la distillation, des vapeurs piquantes d'une odeur caractéristique ; mais il pourra en même temps se dégager des vapeurs d'huile essentielle de fleurs d'oranger, qui en masquent l'odeur. Si l'on sature l'acide acétique par de la potasse, et qu'on évapore jusqu'à siccité, on aura, au moyen de l'acide sulfurique, un dégagement d'acide acétique.

2° *Comment reconnaître l'acétate de cuivre ?*

La *liqueur concentrée* est colorée en bleu ou en vert bleuâtre. Sa couleur n'est point altérée par la teinture de tournesol.

Elle donne un précipité blanc bleuâtre par la potasse, la soude et l'ammoniaque. Si l'on ajoute un excès d'ammoniaque, le précipité est redissous, et la liqueur prend une belle couleur bleue (acétate de cuivre ammoniacal). Avec le cyanure jaune de potasse et de fer, elle donne un précipité brun-marron (cyanure de potassium et de fer). Si l'on dépose une goutte de la liqueur sur une lame de fer parfaitement décapée, avec addition d'une goutte d'acide sulfurique, l'on obtient du cuivre à l'état métallique.

Dissolution étendue. — Dans la dissolution étendue, l'on n'obtient pas de précipité avec la potasse, la soude et l'ammoniaque. Le réactif le plus sensible est le cyanure jaune de potasse et de fer, ou un fragment d'aiguille que l'on suspend dans la liqueur acidulée avec un peu d'acide sulfurique : l'aiguille est colorée en rouge au bout de douze à vingt-quatre heures. Par l'acide hydrosulfurique, on obtient un précipité brun qui passe au noir (sulfure de cuivre). Traité par l'acide nitrique, ce précipité se transforme en sulfate de cuivre, facile à reconnaître par les réactifs des sels de cuivre. La calcination donnera du cuivre à l'état métallique.

Pour reconnaître la combinaison de l'acide acétique avec le cuivre, l'on concentrera la liqueur qui contient l'acétate de cuivre, et l'on versera sur le résidu de l'acide sulfurique.